

مدیریت درد مزمن در سالمندان: یک پژوهش کیفی

منوچهر شیرازی^{۱*}، هومان منوچهری^۲، منصوره زاغری تفرشی^۲، فرید زایری^۲، ویولت علیپور^۳
^۱دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران؛ ^۲دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران؛ ^۳دانشجو،
دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران.
تاریخ دریافت: ۹۴/۱/۶ تاریخ پذیرش: ۹۴/۶/۲۳

چکیده:

زمینه و هدف: با توجه به پیچیده بودن مدیریت درد مزمن در دوران سالمندی، شناسایی فرآیند مدیریت این درد از اهمیت فراوانی برخوردار است. بدین جهت این پژوهش با هدف شناسایی فرآیند مدیریت درد مزمن و عوامل تسهیل کننده مرتبط با آن در سالمندان، انجام گردید.

روش بررسی: این مطالعه کیفی با رویکرد گراندد تئوری، انجام شده است. مصاحبه نیمه ساختارمند و مشاهده شرکت کنندگان روش اصلی گردآوری داده ها بود. شرکت کنندگان شامل ۳۰ سالمند مبتلا به درد مزمن، سه نفر از همراهان آن ها و همچنین ۲۹ نفر از اعضای گروه درمانی بودند که به صورت هدفمند و نظری انتخاب گردیدند. تحلیل داده ها همزمان با جمع آوری اطلاعات با استفاده از روش اشتراوس و کوربین انجام گردید. اعتبار داده ها بر اساس معیارهای لینکلن و گابا تأیید شد.

یافته ها: یکی از عوامل انگیزشی برای مقابله با درد مزمن در سالمندان، "دوست داشتن زندگی" بود، به طوری که اغلب سالمندان شرکت کننده در این پژوهش معتقد بودند که چون زندگی خود را دوست دارند، برای کاهش درد تلاش می کنند. طبقه دوست داشتن زندگی به عنوان یک عامل تسهیل کننده در فرآیند مدیریت درد مزمن در سالمندان مشخص گردید که شامل ۲ زیر طبقه "صیانت از خویشتن" و "تلاش برای زندگی" بود.

نتیجه گیری: به منظور مدیریت موثر دردهای مزمن در سالمندان باید به دیدگاه های سالمندان، همراهان آن ها و همچنین اعضای گروه درمانی، توجه نمود. به علاوه، پس از شناسایی عوامل موثر بر کنترل این نوع درد از جمله "دوست داشتن زندگی" که در مقابله با درد مزمن دارای یک نقش تسهیل کننده است، می توان از آن در طراحی یک برنامه مراقبتی جامع استفاده کرد.

واژه های کلیدی: درد مزمن، مدیریت درد، سالمندی، پژوهش کیفی.

مقدمه:

کنترل نشود، باعث کاهش فعالیت و ناتوانی پیشرفته در سالمند می گردد. به علاوه، انزوای اجتماعی، کاهش کیفیت خواب و اشتها را برای وی در پی خواهد داشت. سالمندانی که درد مزمن دارند، اغلب دچار تنهایی، ناامیدی، درماندگی و افسردگی نیز می شوند (۴). علاوه بر درد مزمن، سالمندان دچار ناتوانی های حرکتی و عملکردی نیز هستند که باعث غیر فعال شدن و وابستگی بیشتر در آنان می گردد (۵). در ایران نیز این نوع درد در میان سالمندان مقیم خانه های سالمندان شایع است. در

دردهای مزمن به عنوان یکی از مهم ترین معضلات پزشکی در تمام جهان مطرح بوده و سالانه میلیون ها نفر از افراد بشر به آن گرفتارند؛ ولی درمان مناسبی دریافت نمی کنند (۱، ۲). این نوع درد ممکن است گروه های سنی مختلف از جمله سالمندان را مبتلا سازد. میزان شیوع آن در سالمندان بالا بوده، به صورتی که یک سوم افراد سالمند از درد مزمنی رنج می برند که بنا به دلایل زیادی از جمله آرتروز، پوکی استخوان، و اختلالات عروقی ایجاد می شود (۳). اگر درد مزمن

میان سالمندانی که از درد مزمن رنج می برند، این نوع درد به طور معنی داری با افسردگی و کاهش کیفیت زندگی ارتباط دارد (۶).

شواهدی وجود دارد که نشان می دهد در بسیاری از سالمندان درد مزمن به شکل مناسبی بررسی و تسکین نمی یابد (۸،۷) و گاهی اوقات توسط سیاست گذاران و متولیان سیستم بهداشتی مورد غفلت قرار می گیرد (۳)، به صورتی که بسیاری از سالمندان ممکن است درد خود را به دلیل ترس از اقدامات تشخیصی که خود باعث درد و ناراحتی بیشتر آن ها می گردد، گزارش نکنند. همچنین، تفسیر غلط از حس درد و دشواری در استفاده از مقیاس های سنجش درد، عامل دیگری برای گزارش نامناسب درد و یا عدم گزارش آن است (۹-۱۱).

اعتقاد و باوری غلط در مورد درد مزمن در سالمندان این است که درد باید به عنوان بخشی از سالمندی در نظر گرفته شود و یک پدیده طبیعی در روند سالمندی محسوب گردد و به جای تلاش برای درمان و کنترل آن، باید آن را تحمل نمود (۹،۱۰،۱۲). به علاوه، در بسیاری از مراکز درمانی به چالش های مهم واقعی که سالمندان مبتلا به دردهای مزمن با آن مواجه هستند، پرداخته نمی شود؛ همچنین، در رابطه با شیوه های سازگاری آن ها با این مشکل اطلاعات اندکی موجود است (۱۳)، در حالی که از بنیادی ترین حقوق بشر، مدیریت درد است (۱۴). مدیریت درد تنها به معنی استفاده از اقدامات دارویی و غیر دارویی به منظور کنترل درد بیمار نیست، در واقع مدیریت درد فراتر از کاهش درد بوده، به صورتی که شامل بهبود کیفیت زندگی و توانایی برای اشتغال، و مولد بودن جهت لذت از زندگی است (۱۵).

به منظور مدیریت مؤثر دردهای مزمن در سالمندان باید به دیدگاه های آن ها در رابطه با دردهای مزمن توجه شود. از این رو، افراد شاغل در مشاغل بهداشتی و درمانی باید از دیدگاه افراد سالمند در رابطه با دردهای مزمن آگاه بوده و با شیوه هایی که آن ها

به منظور مقابله با این نوع درد استفاده می نمایند و همچنین، دلایل انتخاب این روش ها آشنا باشند (۱۶).

با توجه به پیچیدگی درد مزمن در سالمندان، تشخیص و مدیریت آن اغلب نیازمند شیوه ای چند بخشی و همه جانبه است (۱۱)، در همین زمینه افزایش آگاهی در مورد چگونگی مدیریت درد مزمن توسط سالمندان و همچنین شیوه های سازگاران ای که در مقابله با این نوع درد به کار می برند، می تواند به صورت چشمگیری باعث افزایش کیفیت زندگی آنان شده و هزینه های مربوط به مدیریت درد مزمن در جامعه را نیز کاهش دهد (۱۷). در همین زمینه، Weiner بیان می کند که هرچند درد مزمن روندی طبیعی در سالمندی محسوب نمی شود، ولی با توجه به عوارض و عواقب متعددی که برای سالمند و سیستم بهداشتی در پی دارد، باید به صورت قاطعانه درمان گردد؛ زیرا می تواند منجر به کاهش درد، ارتقاء سلامتی و افزایش کیفیت زندگی وی شود (۱۸).

با توجه به شیوع گسترده درد مزمن، همچنین مشکل بودن مدیریت این نوع درد در دوران سالمندی، شناسایی فرآیند مدیریت درد مزمن، شیوه های بهتر مقابله با آن و عوامل تسهیل کننده ای که در این رابطه وجود دارند، از اهمیت فراوانی برخوردار است. در حال حاضر، علی رغم ضرورت توجه به ابعاد مختلف جسمی، روحی، اجتماعی و مذهبی درد مزمن و همچنین همکاری بین بخشی جهت مدیریت درد مزمن در سالمندان، لیکن به منظور مدیریت درد مزمن در سالمندان، تمامی جنبه های مدیریت این نوع درد در نظر گرفته نمی شود. در حالی که استفاده از یک برنامه مراقبتی جامع و فراگیر که توجه ویژه ای به تمامی دیدگاه های سالمندان و اعضای تیم مراقبتی پیرامون درد مزمن، و عوامل تسهیل کننده این نوع درد دارد، می تواند باعث مدیریت مؤثر درد مزمن در سالمندان گردد (۱۹،۲۰).

بر اساس مطالعات تجربی و بالینی مختلفی که در زمینه درد مزمن در سالمندان انجام شده است، مشخص گردیده که سالمندان نسبت به درد مزمن آسیب پذیری بیشتری دارند و با افزایش سن تحمل آن ها نسبت به درد

کمتر می شود (۲۱). به علاوه، بسیاری از این مطالعات عمدتاً به بررسی دیدگاه های سالمندان مقیم جامعه، یا خانه های سالمندان پرداخته اند. از طرف دیگر در یک سری از تحقیقات به بررسی نظرات برخی از اعضا گروه درمانی اکتفا نموده و درد مزمن و فرآیند مدیریت آن در سالمندان به صورت جامع بررسی نشده است. در همین زمینه Park و همکاران در مطالعه خود که با هدف بررسی نظرات سالمندان مقیم جامعه در رابطه با اقدامات درمانی غیر دارویی انجام دادند، حمایت های اجتماعی، نگرش مثبت و منابع در دسترس را به عنوان عوامل تسهیل کننده اقدامات غیر دارویی جهت مدیریت درد مزمن در سالمندان ذکر نمودند (۲۲). Bair و همکاران نیز در یک مطالعه کیفی، عوامل تسهیل کننده و موانع مدیریت درد مزمن در سالمندان مبتلا به افسردگی را در مراکز بهداشتی درمانی بررسی کردند که در این رابطه، به مواردی همچون تشویق پرستاران، بهبود افسردگی به وسیله درمان، حمایت خانواده و دوستان، و فراهم آوردن فهرستی از اقدامات متفاوت در رابطه با شیوه های خود مدیریتی درد مزمن عضلانی- اسکلتی در بیمارانی که همراه با درد مزمن، مبتلا به افسردگی نیز بودند، اشاره نمودند (۲۳).

در همین زمینه دانش مراقبین سلامتی نسبت به اثرات و فیزیولوژی درد بسیار مهم است، در بین این مراقبین، پرستاران یکی از گروه هایی هستند که نقش مؤثری در مدیریت درد بیماران دارند؛ بنابراین، صرف نظر از محلی که در آن کار می کنند، باید از دانش و مهارت کافی برای بررسی درد و اثرات آن بر بیمار، روش های تسکین درد و ارزشیابی اثر بخشی این روش ها برخوردار باشند (۲۴). در واقع، مراقبت از بیمارانی که از درد رنج می برند، نیازمند علم و هنر پرستاری است. مسئولیت پرستاران فراهم کردن محیط راحت و مناسب برای بیماران و مشاهده و گزارش یافته های موجود جهت تشخیص صحیح و درمان مناسب و مؤثر است (۲۵).

تحقیقات کیفی در مواردی که دانش اندکی درباره مسئله مورد مطالعه وجود دارد، مفید خواهد بود (۲۶). به علاوه، با توجه به ماهیت نژادی، قومیتی

و فرهنگی موضوع نمی توان از تئوری ها و نتایج تحقیقات مشابه مربوط به سایر کشورها که عموماً غربی است، بهره گرفت؛ لذا انجام پژوهشی کیفی مفید خواهد بود. در این پژوهش نیز، با توجه به اینکه تا سال ۱۳۹۴، گزارشی در رابطه با چگونگی مدیریت دردهای مزمن از دیدگاه سالمندان، همراهان آن ها و اعضای گروه درمانی، ارائه نشده است و شناخت کافی از آن وجود ندارد، از پژوهش کیفی به منظور شناسایی چگونگی فرآیند مدیریت درد مزمن و عوامل تسهیل کننده مرتبط با آن در سالمندان، استفاده گردید.

روش بررسی:

این مطالعه بخشی از پژوهش بزرگ تری است که با رویکرد گراند تئوری جهت شناخت بهتر فرآیند مدیریت درد مزمن در سالمندی در طول سال های ۱۳۹۱-۱۳۹۲ در شهر اهواز انجام شده است. رویکرد گراند تئوری شامل مجموعه ای از مراحل است که اجرای دقیق و منظم آن موجب ظهور یک نظریه نهفته در اطلاعات می گردد (۲۶)، بدین جهت این مقاله به منظور شناسایی چگونگی فرآیند مدیریت درد مزمن و عوامل تسهیل کننده مرتبط با آن در سالمندان، انجام شده است. جمع آوری اطلاعات به صورت نمونه گیری هدفمند شروع شد و سپس به صورت نمونه گیری نظری ادامه یافت. در نمونه گیری نظری انتخاب هر نمونه بستگی به داده های جمع آوری شده از نمونه یا نمونه های قبلی دارد (۲۷).

ملاک انتخاب سالمندان شرکت کنندگان در این پژوهش، شامل داشتن سن ۶۰ سال یا بالاتر، داشتن تجربه درد مزمن غیر سرطانی، برخورداری از هوشیاری کامل، عدم ابتلاء به بیماری تأیید شده روانی، نایبایی و ناشنوایی بر اساس تشخیص پزشک معالج، داشتن تمایل به بیان احساسات درونی خود نسبت به مفهوم مورد تحقیق، توانایی گفتگو به زبان فارسی، دارا بودن ثبات روانی لازم برای انتقال تجارب خود، عدم ابتلا به

اختلالات شناختی که از طریق کسب نمره ۶ یا بالاتر از نسخه فارسی آزمون کوتاه وضعیت شناختی (I.V.A.M.T.S) تعیین می‌گردید، این آزمون که ۱۰ سؤالی است جهت بررسی وضعیت شناختی و هوشیاری سالمندان مورد استفاده قرار می‌گیرد که توسط فروغان و همکاران به فارسی ترجمه و هنجاریابی گردیده است (۲۸)، به علاوه شرکت کنندگان سالمند با حداکثر تنوع از لحاظ سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، زندگی با همسر یا اعضای خانواده انتخاب شدند.

ملاک انتخاب سایر شرکت کنندگان شامل برخورداری از اطلاعات مناسب در رابطه با موضوع پژوهش برای همراهان سالمندان و اعضای گروه درمانی، همچنین تمایل برای بازگویی این اطلاعات در تمامی شرکت کنندگان بود. نمونه‌های این پژوهش، شامل ۳۰ سالمند بالای ۶۰ سال، ۳ نفر از همراهان آن‌ها و ۲۹ نفر از اعضای گروه درمانی که ماهیت کار آن‌ها ارتباط بیشتری با مدیریت درد مزمن در سالمندان داشت، بودند (جدول شماره ۱ و ۲).

جمع‌آوری داده‌ها به شیوه تلفیقی (۳ سو سازی) در انتخاب شرکت کنندگان و محل انجام مصاحبه‌ها با توجه به موافقت آنان، انجام شد که در خصوص انتخاب شرکت کنندگان از سالمندان، همراهان آن‌ها و اعضای گروه درمانی استفاده گردید، به صورتی که داده‌های حاصل از مصاحبه‌های ابتدایی با افراد سالمند شرکت کننده در این پژوهش و پدیدار شدن طبقات اولیه، پژوهشگر را به انجام مصاحبه‌های بعدی با تعدادی از همراهان آن‌ها و اعضای گروه درمانی هدایت نمود تا افراد انتخاب شده بتوانند به روشن شدن بیشتر نظریه در حال پدیدار شدن کمک کنند. مصاحبه نیمه ساختارمند و مشاهده روش اصلی گردآوری داده‌ها بود که تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یافت و در خانه سالمندان، منزل سالمندان، بیمارستان‌ها یا پارک‌های سطح شهر اهواز به صورت چهره به چهره انجام شد.

مصاحبه‌ها دارای سؤالات راهنما بوده است که بر اساس اهداف پژوهش تنظیم شده بود، مصاحبه‌هایی

که با شرکت کنندگان های سالمند انجام می شد با سؤال باز "درباره دردتون چی می تونید بگید؟"، در همراهان سالمندان با سؤال باز "درباره درد بیمار سالمندتون چی می تونید بگید؟" و در اعضای گروه درمانی با سؤال باز "در رابطه با مدیریت درد مزمن در یک بیمار سالمند چی می تونید بگید؟" آغاز می گردید، در ادامه سؤالات پیگیری کننده بر اساس اطلاعاتی که شرکت کنندگان ارائه می نمودند جهت روشن شدن مفهوم مورد بررسی مطرح می گردید. سؤالات مصاحبه‌های بعدی از جمله این که برای کنترل درد مزمن با چه مشکلاتی مواجه هستید؟ در روند کنترل درد مزمن از چه عواملی کمک می گیرید؟ و در هنگام تصمیم گیری درباره کنترل درد مزمن در سالمندان به چه چیزهایی توجه می کنید؟ بر اساس طبقات استخراج شده مطرح می شد.

در رابطه با مدت زمان مصاحبه‌ها Morse و Filed توصیه می کنند که زمان مصاحبه‌ها بیش از یک ساعت صورت نگیرد، اما با وجود آن تجربه نشان می دهد که مدت مصاحبه به مصاحبه شونده بستگی دارد (۲۹). در این پژوهش نیز مدت زمان مصاحبه‌ها با هر شرکت کننده بسته به تحمل و میزان علاقه وی در یک جلسه صورت گرفت که حداقل ۳۰ دقیقه و حداکثر ۵۰ دقیقه بود که بر روی نوار دیجیتالی ضبط گردید.

هنگام تحلیل محتوای مصاحبه‌ها، به منظور کسب اطمینان از رعایت امانت در انتقال گفتار مشارکت کنندگان، جملات عیناً با زبان محاوره‌ای مشارکت کنندگان و به صورت کلمه به کلمه از نوار دیجیتالی دست نویس گردیده و متن آن‌ها چندین بار خوانده شد تا درک کلی از آن‌ها به دست آید و بلافاصله با استفاده از نرم افزار تحلیل کیفی MAXQDA 10، سازمان دهی و تحلیل شد. در مشاهدات انجام شده، عکس العمل‌های غیر کلامی و برخوردها و ارتباطات مشارکت کنندگان در هنگام مصاحبه مورد بررسی قرار گرفته و بلافاصله پس از پایان مصاحبه ثبت شده و با استفاده از نرم افزار فوق

مورد تحلیل قرار گرفت. همه مصاحبه ها و مشاهدات توسط یک پژوهشگر انجام شد.

تحلیل داده ها همزمان با جمع آوری اطلاعات با استفاده از روش کوربین و استرواس انجام گردید (۳۰). داده های به دست آمده از مصاحبه، مشاهده و یادآور نویسی هم زمان با استفاده از شیوه مقایسه مداوم داده ها، تحلیل گردیدند. تجزیه و تحلیل داده های حاصل از هر مصاحبه راهنمایی برای انتخاب نمونه های بعدی بود و نمونه گیری و مشاهده آن قدر ادامه یافت تا داده ها به اشباع رسیدند. برای تحلیل داده ها از ۳ روش کدگذاری باز، محوری و انتخابی استفاده گردید.

در کدگذاری باز، مفاهیم مرتبط با مطالعه مشخص گردیده و کدهایی به آن ها اختصاص داده شد. در همین رابطه، از ۲ شیوه کدگذاری استفاده گردید، به صورتی که کدهای داده شده یا صحبت های فرد مصاحبه شده یا مشاهده شده بود و یا کدهای تلویحی استنباط شده توسط پژوهشگر بودند.

در کدگذاری محوری، داده های کدگذاری شده با یکدیگر مقایسه شدند، کدهای اولیه به طبقاتی کاهش یافت و طبقات توسعه یافت، به صورتی که طبقات مشابه با یکدیگر ترکیب شدند و هر طبقه با سایر طبقات مقایسه گردید تا اطمینان حاصل شود که طبقات از یکدیگر متمایز هستند و طبقات انتزاعی تری نمایان گردید. در کدگذاری محوری طبقات اصلی با زیر طبقات خود بر اساس پارادایم "شرایط زمینه‌ای"، "پدیده"، راهبردهای که برای کنترل پدیده به کار می رود و "پیامدهای راهبردها" ارتباط داده شدند.

در کدگذاری انتخابی، پژوهشگر ضمن تمرکز بر فرآیندی که در داده ها نهفته بود، توجه خود را به این امر معطوف نمود که کدام درون مایه قادر است سایر درون مایه ها را به یکدیگر ارتباط دهد (۳۰) که در این پژوهش "دوست داشتن زندگی" به عنوان طبقه اصلی نمایان شد و با سایر طبقات پدیدار شده ارتباط داده شد و به عنوان طبقه اصلی انتخاب گردید.

جهت اطمینان از اعتبار داده های تحقیق از ۴ معیار موثق بودن Lincoln و Gubba که شامل: اعتبار؛ تأیید پذیری؛ قابلیت اعتماد و انتقال پذیری است، استفاده گردید (۳۱). بدین منظور ارتباط و تعامل طولانی مدت، استفاده از تلفیق (۳ سو سازی) در پژوهش، تأیید مطالب توسط مشارکت کنندگان، بازنگری ناظرین، جستجو برای شواهد مغایر و مقبولیت پژوهشگر از جمله اقداماتی است که برای مقبولیت پژوهش کیفی انجام می شود (۳۲). در همین رابطه پژوهشگر جهت اطمینان از اعتبار یافته ها، با محل های تحقیق ارتباط طولانی مدت داشته که به جلب اعتماد شرکت کنندگان و همچنین به درک محیط مورد مطالعه کمک نموده است. بعلاوه، راهبرد نمونه گیری مورد استفاده که شامل شیوه تلفیقی در انتخاب شرکت کنندگان و روش گرد آوری داده ها بوده است، شرکت کنندگان را در طیف وسیعی از تنوع نمونه ها و جنس قرارداد تا موجبات افزایش بیشتر اعتبار داده ها را فراهم نماید.

برای تعیین تأیید پذیری یافته ها و تأیید صحت داده ها و کدها، از بازنگری شرکت کنندگان استفاده شد، یعنی بعد از کدگذاری، متن مصاحبه به شرکت کننده بازگردانده شد تا از صحت کدها و تفاسیر اطمینان حاصل شود. کدهایی که از نظر شرکت کنندگان بیانگر دیدگاه آنان نبود، اصلاح گردید. به منظور تعیین قابلیت اعتماد داده ها، متن برخی از مصاحبه ها مورد بازنگری ناظرین قرار گرفت، یعنی کدها و طبقات استخراج شده علاوه بر پژوهشگر توسط ۳ نفر از اعضای هیئت علمی مورد بررسی قرار گرفت که ۹۰-۸۶ درصد توافق در میان نتایج استخراج گردیده وجود داشت. برای محاسبه توافق از روش پیشنهاد شده توسط Polit و Beck استفاده شد (۳۱). به صورتی که به عنوان مثال، تعداد کدهای استخراج شده از یکی از مصاحبه ها توسط پژوهشگر ۹۲ کد بود، فرد کدگذار دوم در ۸۱ مورد

از این کدها با پژوهشگر توافق داشت که میزان توافق ۸۸/۰۴ درصد محاسبه شد.

جهت تأیید انتقال پذیری نیز یافته ها با نمونه هایی که در مطالعه شرکت ندارند، در میان گذارده شد و نظرات آن ها پیرامون تناسب یافته ها بررسی گردید که تناسب یافته ها را مورد تأیید قرار دادند. به علاوه، از روش های مختلفی مانند بررسی و مشاهده مداوم، تخصیص زمان کافی برای جمع آوری داده ها، حسن ارتباط با مشارکت کنندگان و انجام مصاحبه در مکان های مناسب با انتخاب توسط مشارکت کنندگان (همانند خانه سالمندان، منزل شرکت کنندگان، بیمارستان ها یا پارک های سطح شهر اهواز) جهت افزایش مقبولیت و قابلیت اعتماد داده ها استفاده شد.

در طی تحقیق، رازداری و آزادی مشارکت کنندگان برای شرکت در تحقیق یا خروج از آن رعایت شد و مشارکت کنندگان حق داشتند تا در هر مرحله که بخواهند از مطالعه خارج گردند. قبل از شروع هر مصاحبه، در مورد هدف از مطالعه و محرمانه ماندن اطلاعات و ضبط مصاحبه ها برای آن ها توضیح داده می شد، سپس در صورت تمایل به شرکت در مطالعه،

رضایت نامه به طور آگاهانه و کتبی تکمیل می گردید و با کسب اجازه از مشارکت کنندگان مصاحبه ها ضبط می شد. محل مصاحبه ها نیز بر اساس تمایل آن ها در محلی که آن ها احساس راحتی می نمودند انجام گرفت. این پژوهش با کسب مجوز مسئولین دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشگاه علوم پزشکی اهواز انجام شده است. جهت جمع آوری داده ها، اجازه کتبی از مسئولین محیط های پژوهش و مشارکت کنندگان اخذ گردید.

یافته ها:

این پژوهش بر روی ۳۰ سالمند مبتلا به درد مزمن، ۳ نفر از همراهان آن ها و ۲۹ نفر از اعضای گروه درمانی که ماهیت کار آن ها ارتباط بیشتری با مدیریت درد مزمن در سالمندان داشت، انجام شد. سن سالمندان شرکت کننده بین ۶۱ تا ۸۵ سال با میانگین ۶۷ سال بود که ۱۴ نفر از آنان زن و ۱۶ نفر مرد بودند و بیشترین آن ها از تحصیلات زیر دیپلم برخوردار بودند. سن همراهان سالمندان بین ۳۵ تا ۵۷ سال با میانگین ۴۰ سال بود که از میان آن ها ۲ نفر زن و ۱ نفر مرد بودند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: جنس، سن و مدرک تحصیلی سالمندان و همراهان سالمند شرکت کننده در پژوهش

| نوع | تعداد | جنسیت | | مدرک تحصیلی | | | دامنه سنی | میانگین سنی |
|----------------|-------|-------|-----|-------------|-------|------------------|-----------|-------------|
| مشارکت کننده | (نفر) | زن | مرد | زیر دیپلم | دیپلم | تحصیلات دانشگاهی | (سال) | (سال) |
| سالمندان | ۳۰ | ۱۴ | ۱۶ | ۱۹ | ۸ | ۳ | ۶۱-۸۵ | ۶۷ |
| همراهان سالمند | ۳ | ۲ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۳۵-۷۵ | ۴۰ |

سن اعضای گروه درمانی بین ۳۰ تا ۵۷ سال با میانگین ۴۴ سال بود که ۱۳ نفر آن ها زن و ۱۶ نفر مرد بودند و دارای تخصص های مختلف با سوابق کاری متفاوتی در زمینه درد مزمن بودند، اما خودشان مبتلا به درد مزمن نبودند (جدول شماره ۲).

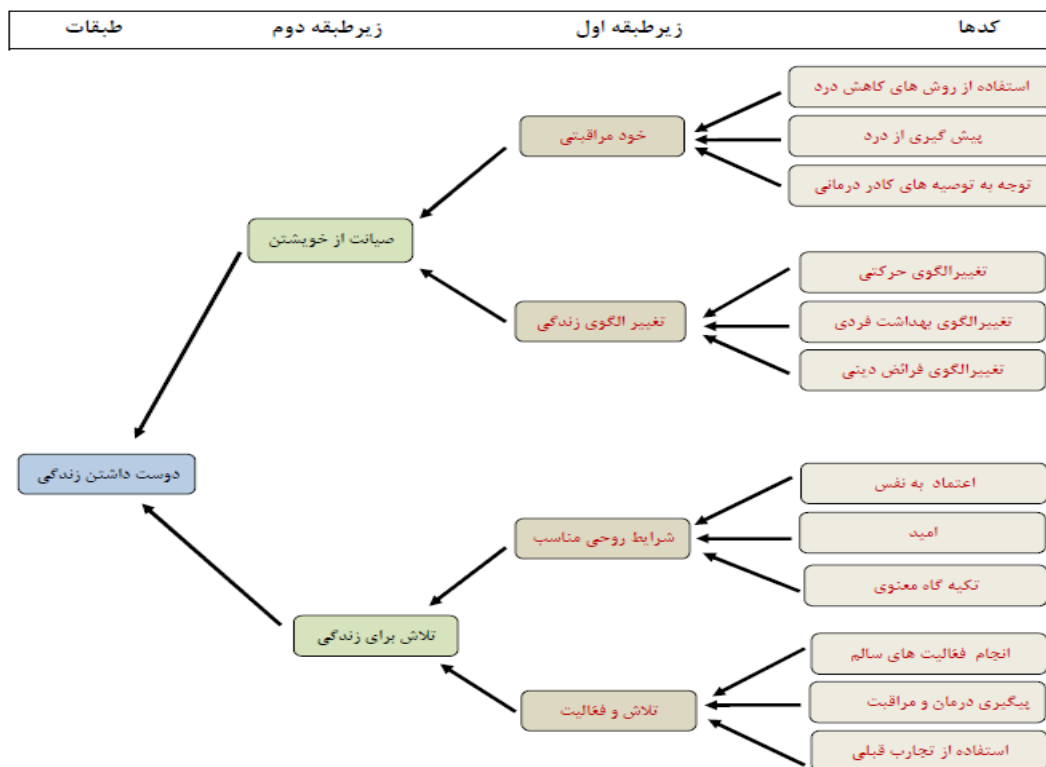
همان طور که نتایج جدول شماره ۲، نشان می دهد، دامنه ی سابقه کاری اعضای گروه درمانی بین ۱ تا ۳۰ سال با میانگین ۱۶ سال بود که ۱۳ نفر آن ها، زن و ۱۶ نفر مرد بودند که تخصص های مختلف با سوابق کاری متفاوتی داشتند.

جدول شماره ۲: نوع تخصص، وضعیت سابقه و مدرک تحصیلی کادر درمانی شرکت کننده در پژوهش

| نوع تخصص | تعداد (نفر) | مدرک تحصیلی | دامنه سابقه (سال) | میانگین سابقه (سال) |
|-----------------------------------|-------------|--|-------------------|---------------------|
| پرستار | ۳ | کارشناس (۲)، کارشناس ارشد (۱) | ۱۳-۲۲ | ۱۷ |
| پزشک عمومی دارای ام پی اچ سالمندی | ۳ | دکتر | ۱۵-۲۰ | ۱۸ |
| ارتوپد | ۲ | دکتر - عضو هیئت علمی | ۱-۲۵ | ۱۳ |
| جراح مغز و اعصاب | ۱ | دکتر - عضو هیئت علمی | ۱۵ | ۱۵ |
| بیهوشی | ۲ | دکتر - عضو هیئت علمی | ۱۵-۱۷ | ۱۶ |
| نورولوژی | ۲ | دکتر - عضو هیئت علمی | ۱۵-۲۵ | ۲۰ |
| فارماکولوژیست | ۲ | دکتر - عضو هیئت علمی | ۲۵-۳۰ | ۲۸ |
| روان پزشک | ۲ | دکتر - عضو هیئت علمی | ۱۰-۱۱ | ۱۱ |
| روان شناس | ۳ | کارشناس (۱)، کارشناس ارشد (۱) دکتر - عضو هیئت علمی (۱) | ۱-۷ | ۵ |
| تغذیه | ۳ | دکتر - عضو هیئت علمی | ۲۰-۲۵ | ۲۲ |
| فیزیوتراپ | ۳ | کارشناس ارشد (۲)، دکتر - عضو هیئت علمی (۱) | ۱۰-۲۸ | ۲۰ |
| توان بخشی | ۱ | دکتر - عضو هیئت علمی | ۱۴ | ۱۴ |
| مددکار اجتماعی | ۲ | کارشناس | ۱۲ | ۶ |

تشکیل شده بود که در ادامه ارائه می گردد. هر یک از این زیر طبقات دارای زیر طبقات دیگری نیز بودند که بخشی از ابعاد آن به عنوان نمونه در تصویر شماره ۱، ذکر شده است.

بر اساس تحلیل محتوای داده ها از تعداد ۷۶۶ کد اولیه، طبقه دوست داشتن زندگی در رابطه با مدیریت درد مزمن در سالمندان حاصل گردید که از دو زیر طبقه صیانت از خویش و تلاش برای زندگی،

**تصویر شماره ۱: نمونه ای از کدگذاری انجام شده تا رسیدن به طبقات**

سالمندان شرکت کننده در این پژوهش به منظور صیانت از خویشتن، از ۲ راهبرد کلی خود مراقبتی و تغییر الگوی زندگی استفاده می نمودند تا درد خود را کنترل کنند. به طوری که جهت انجام خود مراقبتی، تعداد زیادی از سالمندان، از شیوه سازگاری فعال با درد استفاده می کردند. در همین زمینه روش های مختلفی توسط سالمندان فوق به کار می رفت که شامل استفاده از روش های کاهش درد، اقدامات پیشگیری کننده از درد و توجه به توصیه های کادر درمانی بود.

در رابطه با روش های مختلف کاهش درد شیوه هایی مانند، درمان های دارویی و گیاهی، فیزیوتراپی، ماساژ، آب درمانی، حرارت درمانی، استفاده از کیف آب یخ، استراحت، راهکارهای روان شناختی مانند توجه نکردن به درد و کسب اطلاعات درباره درد، مورد استفاده قرار می گرفت. البته، هر فرد با توجه به دانش، تجارب، امکانات و محدودیت هایی که در زندگی خود داشت، شیوه مناسب خود را انتخاب می نمود، به صورتی که تعداد زیادی از این سالمندان، با استفاده از شیوه های مختلف خود مراقبتی توانسته بودند، علاوه بر کنترل درد با محدودیت های ناشی از آن نیز مقابله نموده و به یک سازگاری فعال دست یابند. در همین رابطه، یکی از سالمندان می گفت: ".... الان دیگه می دونم چه کار کنم که کمتر دچار درد بشم، مثلاً، اصلاً رو زمین نمی شینم، فقط برای نماز خوندن رو زمین می شینم، ولی اذیت می شم، اما دوست دارم و تحمل می کنم و به غیر از این به من حال نمی ده، وقتی دردم شدید می شه، تو نظرم مریضی های دیگه میان (می آیند)، و می گم باز خدایا شکر که من این درد رو دارم و بیماری های لاعلاج و سرطان ندارم، افرادی هستن که دردهای لاعلاج دارن، اون ها چه باید بکنن، به دیگران و اطرافیان هم همین رو می گم که باید روحیه خودتون رو نبازید، چون اگه روحیه ام رو ببازم، به یک ماه نمی کشم از بین می روم". (مرد

شرکت کننده، ۶۸ ساله، با سابقه ۱۰ ساله آرتروز گردن و زانو).

راهبرد دومی که سالمندان جهت صیانت از خویشتن استفاده می نمودند، تغییر الگوی زندگی بود. در همین زمینه روش های مختلفی توسط سالمندان فوق به کار رفت که به طور کلی شامل تغییر الگوی حرکتی، تغییر الگوی بهداشت فردی و تغییر الگوی فرایض دینی بود. در رابطه با روش های مختلف تغییر الگوی زندگی، شیوه هایی مانند تغییر محل زندگی، تغییر الگوهای راه رفتن و فعالیت کردن، غذا خوردن، استحمام و نظافت فردی، نماز خواندن، شرکت در مراسم مذهبی و مانند آن، مورد استفاده قرار می گرفت.

در همین زمینه، یکی از سالمندان وقتی مجبور شده بود، الگوی انجام فرایض دینی خود را تغییر دهد، می گفت: ".... برای نماز خواندن می شینم و پاهام رو دراز می کنم و یک تخته می دارم برای سجده، گفتم به آقا، پیش نماز مسجد و گفته که اشکالی نداره، گاهی وقت ها برای نماز خوندن به مسجد می رم که نزدیک خونمونه و زیاد دور نیست و نماز جماعت می خونم، منتها صف اول نمی ایستم و صف دوم و سوم می ایستم که مشکلی ایجاد نکنه....". (زن شرکت کننده، ۶۵ ساله، با سابقه ۸ ساله آرتروز شدید هر دو زانو).

در همین رابطه، یک فیزیوتراپیست بیان می داشت که: ".... افراد سالمند، برای کنترل دردشون باید تغییراتی توی زندگیشون ایجاد کنن. مثلاً، اگه خونه شون آسانسور نداره، از بالا بر استفاده کنن، اگه نشد، خونه شون رو عوض کنن و سبک زندگی شون رو تغییر بدن، اگه یک سالمند نمی تونه نوه اش رو پیش خودش نگه داره؛ این کار رو انجام نده و بیش از توانش فعالیت نکنه....". (کارشناس ارشد فیزیوتراپی، خانم شرکت کننده ۴۸ ساله با ۱۵ سال سابقه کاری).

بسیاری از سالمندان همانند دیگر گروه های سنی، به زندگی خود علاقه مند هستند، بدین جهت در ادامه روند زندگی تلاش و فعالیت می نمایند. در همین

رابطه سالمندان شرکت کننده در این پژوهش نیز، برای کنترل درد خود از ۲ راهبرد کلی برخوردار از شرایط روحی مناسب و همچنین تلاش و فعالیت استفاده می نمودند. در رابطه با برخورداری از شرایط روحی مناسب عواملی همچون داشتن نشاط، اعتماد به نفس، امید و تکیه گاه معنوی مطرح شد. در همین زمینه سالمندانی که موفق به کنترل درد خود شده بودند، روحیه مناسب تری داشتند و از نشاط، اعتماد به نفس، امید، انگیزه و اعتقادات معنوی بالاتری برخوردار بودند. در همین رابطه، یکی از سالمندان بیان داشت که: ".... مرتب سعی می کنم، اطلاعاتم رو بیشتر کنم و مرتب بروشورهای بهداشتی رو بخونم، ولی نباید به خودمون تلقین کنیم که کاری نمی توان کرد و باید تلاش کنیم و اعتماد به نفس داشته باشیم و اگر به چیزهای منفی فکر کنیم، دردامون بدتر می شه...." (زن شرکت کننده، ۶۵ ساله، با سابقه ۱۰ ساله آرتروز شدید مهره های گردنی و کمری).

یکی از عوامل مهم دیگری که شرکت کنندگان در این پژوهش به آن اشاره داشتند، برخورداری از انگیزه مناسب در میان سالمندان، همراهان آن ها و اعضای گروه درمانی بود که ارتباط تنگاتنگی با امید داشت و در بسیاری از موارد به صورت یک واژه مشترک بیان می گردید. به طوری که یکی از فیزیوتراپیست ها بیان می داشت که: ".... ایجاد انگیزه در یک سالمند، خیلی مهمه و اولین چیزی که روی اون ها اثر می ذاره کم شدن دردشون هست، حتی اگر ۱۰ درصد هم کمتر بشه، و برخورد مناسب که می تونه در اون ها برای ادامه درمان ایجاد انگیزه کنه و امیدشون بیشتر بشه...." (کارشناس ارشد فیزیوتراپی، آقای شرکت کننده، ۵۷ ساله با ۲۸ سال سابقه کاری).

دومین راهبردی که به منظور تلاش برای زندگی توسط سالمندان شرکت کنندگان در این پژوهش مورد استفاده قرار می گرفت، تلاش و فعالیت بود. در همین زمینه روش های مختلفی توسط سالمندان فوق به کار رفت که به طور کلی شامل انجام فعالیت های سالم، پیگیری درمان و مراقبت و استفاده از تجارب قبلی بودند.

به علاوه، تعداد زیادی از آنان معتقد بودند که باید در کنار اجرای شیوه های فوق از اصول یک زندگی شرافتمندانه نیز، پیروی کنند. در همین رابطه، یکی از سالمندان می گفت: ".... نمی گم چون درد دارم نباید دیگه زندگی کنم، دنبال زندگی می رم و دست از زندگی نمی کشم چون انسان تا زنده هست، باید تلاش کنه و زندگی بکنه...." (زن شرکت کننده، ۶۹ ساله، با سابقه ۷ ساله آرتروز مهره های کمری، هر دو زانو و مچ پا).

یکی دیگر از سالمندان نیز بیان می کرد: ".... برای دردی زانو هام و کمرم، از این قرص های مسکن، که قرمز رنگن مثل پروفن و این ها می خورم که بد نیست، ولی معده ام که خرابه، (ناراحتی معده دارم) این ها رو که می خورم، برا معده ام ضرر داره، سعی می کنم از شون نخورم، ولی گاهی دردش خیلی شدید می شه و مجبورم با قرص و شربت معده بخورمشون تا دردش کمتر بشه و معده هم اذیت نشه...." (مرد شرکت کننده، ۷۲ ساله، با سابقه ۱۵ ساله آرتروز زانو، کمر و دردهای گوارشی).

۲ زیر طبقه ی، صیانت از خویشتن و تلاش برای زندگی، طبقه "دوست داشتن زندگی" را تشکیل داده بودند. به عبارت دیگر چون سالمندان به زندگی خود علاقه داشتند، با استفاده از روش های مختلف که در چارچوب مضامین صیانت از خویشتن و همچنین تلاش برای زندگی مطرح گردید، موفق به کنترل مناسب درد خود شده بودند. در همین زمینه، سالمندان شرکت کننده در این پژوهش برای صیانت از خویشتن از دو راهبرد کلی خود مراقبتی و تغییر الگوی زندگی استفاده می نمودند و جهت تلاش برای زندگی، راهبردهای برخورداری از شرایط روحی مناسب و همچنین تلاش و فعالیت را مورد استفاده قرار می دادند.

در ادامه با استفاده از کدگذاری انتخابی، طبقه دوست داشتن زندگی به عنوان مضمون اصلی حاصل گردید. در واقع، یکی از عوامل انگیزشی برای ادامه زندگی و مقابله با درد در این گروه از سالمندان، "دوست

داشتن زندگی" بود. به صورتی که، اغلب سالمندان شرکت کننده در این پژوهش بیان می داشتند که به ادامه زندگی علاقه مند هستند و در این زمینه برای کنترل درد خود از شیوه های مختلفی استفاده نموده، تا درد خود را کنترل کنند. در همین رابطه، یکی از سالمندان می گفت: ".... اگه کار نکنم و فعالیت ام کمتر باشه درد ام هم کمتره، ولی متأسفانه نمی تونم، می گم تا زنده ام نمی تونم از زندگیم دست بکشم، باید به زندگیم ادامه بدم و برای کنترل درد ام، تلاش می کنم، چون دوست دارم زندگیم رو....". (زن شرکت کننده، ۶۶ ساله، با سابقه ۱۵ ساله، دردهای ناحیه کمر و مچ دست).

یک کارشناس پرستاری که در یک مرکز مراقبت از سالمندان مشغول به کار بود نیز، اظهار داشت که: ".... باید توجه داشته باشیم که توی مراقبت و درمان مریض های سالمندی که درد های مختلفی دارن، اون ها هم مثل بقیه مریض ها، به زندگی کردن علاقه دارن، البته بعضی مواقع سالمندانی هم هستن که مشکل روحی دارن و افسرده می شن که ما به اون ها هم کمک می کنیم تا درد شون بهتر کنترل بشه". (کارشناس پرستاری، خانم شرکت کننده، ۳۸ ساله با ۱۴ سال سابقه کاری).

بحث:

بر اساس یافته های این پژوهش، طبقه دوست داشتن زندگی به عنوان مضمون اصلی مشخص گردید که شامل ۲ زیر طبقه "صیانت از خویشتن" و "تلاش برای زندگی" بود. در این پژوهش مشخص شد که چنانچه مفهوم دوست داشتن زندگی به عنوان یک فرصت در نظر گرفته شود، می توان به صورت یک عامل انگیزشی برای ادامه زندگی و مقابله با درد از آن بهره جست. به طوری که بر اساس تجارب مشارکت کنندگان، سالمندانی که زندگی خود را بیشتر دوست داشتند، توانسته بودند درد خود را با استفاده از شیوه های مختلف، به میزان بیشتری کاهش داده و قابل تحمل نمایند.

افراد در سنین مختلف، ممکن است به منظور صیانت از خویشتن و کنترل درد خود اقدامات مختلفی را

انجام دهند که به طور اختصاصی در این پژوهش، یکی از راهبردهای مورد استفاده برای صیانت از خویشتن در سالمندان مبتلا به درد مزمن، "خود مراقبتی" بود. خود مراقبتی، مجموعه اقدامات و فعالیت های است که توسط افراد به صورت انفرادی و به منظور حفظ سلامت و رفاه خود انجام می شود (۳۳). به عبارت دیگر، خود مراقبتی مجموعه ای از رفتارهای انتخاب شده است که باعث تعادل اثرات استرس آورهای فیزیکی و هیجانی می شود که شامل ورزش و فعالیت، مصرف مواد مغذی، خواب کافی، یوگا، خلصه، شیوه های آرام سازی، اجتناب از مصرف مواد مضر و مانند آن است (۳۴).

مراقبت از خود، بر حفظ سلامتی انسان ها در ۳ حیطه ی جسمانی، روانی و اجتماعی متمرکز می شود و هدف از آن، فعالیت هایی است که افراد برای حفظ تندرستی و سلامتی خود انجام می دهند (۳۵). به عبارت دیگر، اصل مهم در خود مراقبتی مشارکت و قبول مسئولیت از طرف خود فرد است تا با انجام صحیح رفتارهای سلامت محور، از بروز بیماری ها در خود جلوگیری کند؛ بنابراین، خود مراقبتی موجب ارتقای کیفی زندگی شده و در کاهش هزینه ها نیز مؤثر است و با پیگیری مداوم آن، می توان از عوارض حاد و مزمن بیماری ها پیش گیری نموده و یا بروز آن را به تعویق انداخت (۳۶).

در همین رابطه، بسیاری از سالمندان شرکت کننده در این پژوهش به منظور انجام خود مراقبتی از شیوه سازگاری فعال با درد استفاده می کردند، البته هر فرد با توجه به دانش، تجارب، امکانات و محدودیت هایی که در زندگی خود داشت، شیوه مناسب خود را انتخاب می نمود. این گروه از سالمندان، با استفاده از شیوه های مختلف خود مراقبتی توانسته بودند، علاوه بر کنترل درد، با محدودیت های ناشی از آن نیز مقابله نموده و به یک سازگاری فعال دست یابند. رفتارهای اختصاصی خود مراقبتی در رابطه با درد مزمن در سالمندان، شامل رعایت رژیم دارویی، فعالیت فیزیکی، مدیریت تغذیه و وزن، اجتناب از سوء مصرف مواد، الکل، ترک سیگار، ورزش کردن و رفتارهای اختصاصی مربوط به بیماری ها است (۳۷، ۳۸).

در این پژوهش یکی دیگر از روش هایی که به منظور صیانت از خویشتن استفاده می شد، تغییر الگوی زندگی بود که به طور کلی شامل تغییر الگوی زندگی در حیطه های مختلف از جمله تغییر محل زندگی، تغییر الگوهای حرکتی، غذا خوردن، بهداشت فردی، انجام فرایض دینی، پیگیری درمانی و مانند آن بود. در واقع، تغییر در الگوی زندگی یکی از روش هایی است که می تواند در پیشگیری و مدیریت درد مزمن و عوارض آن موثر باشد (۳۹). در همین زمینه، Sale و همکاران نیز در تحقیق خود بیان داشتند که با استفاده از روش های مختلف تغییر الگوی زندگی می توان درد را کاهش داد و عملکرد جسمانی فرد را بهبود بخشید (۴۰). عواملی همچون هیجان ها (بخصوص خشم، افسردگی و اضطراب)، عوامل محیطی، اجتماعی، فرهنگی، معنای درد برای فرد، شناخت مرتبط با درد و راهبردهای مقابله با درد به همراه جنبه های زیست شناختی درد در فرآیند سازگاری افراد با درد مزمن و چگونگی واکنش به آن نقش عمده ای دارند (۲۱).

تلاش برای زندگی زیر طبقه دیگری بود که طبقه دوست داشتن زندگی را تشکیل می داد که از دو درون مایه "تلاش و فعالیت" و "شرایط روحی مناسب" ایجاد شده بود. سالمندانی که زندگی را دوست داشتند، بر این اعتقاد بودند که در ادامه روند زندگی و برای کنترل درد خود، باید تلاش و فعالیت نمایند، برنامه های درمانی و مراقبتی را پیگیری نموده و در کنار آن، از تجارب قبلی خود نیز استفاده کنند. در واقع، با توجه به اثرات و عواقب شدیدی که درد مزمن بر روی تمامی جنبه های زندگی بیمار دارد، آنان برای کنترل درد خود باید در زندگی تلاش نموده و اقدامات پیشگیری کننده اولیه و ثانویه را انجام دهند (۲۱). بعضی مطالعات انجام شده بر روی بیماران مبتلا به درد مزمن نشان داده است که استفاده از راهبردهای مقابله فعال با درد، از جمله تلاش برای انجام وظایف علیرغم وجود درد، عدم توجه به درد و استفاده از آرامش عضلانی، دارای نتایج انطباقی خواهد بود، ولی راهبردهای مقابله ای غیر فعال با درد، مانند وابستگی و یا

تکیه به دیگران برای دریافت کمک جهت کنترل درد و محدود کردن فعالیت، با افسردگی، درد و ناتوانی جسمی شدیدتری همراه است (۴۱).

از طرف دیگر، سالمندانی که موفق به کنترل درد خود شده بودند، از شرایط روحی مناسبی که محصول امید، اعتماد به نفس، تکیه گاه معنوی، انجام فعالیت های سالم و داشتن زندگی شرافتمندانه بود، بهره می بردند. سالمندانی که زندگی خود را دوست داشتند به زندگی امیدوارتر بوده و از شرایط روحی مناسب تری نیز، برخوردار بودند. امید، با احساس خوب بودن، کیفیت زندگی مرتبط است، و قدرتی برای حل مشکلات و مقابله با دشواری ها همچون درد را فراهم می آورد (۴۲). از طرف دیگر، ناامیدی باعث می شود که فرد در زندگی سردرگم شده و منتظر مرگ شود. به هر صورت، در میان سالمندان مبتلا به درد، سطح امید با باورهای آن ها در رابطه با نشانه های درد (مانند مدت زمان درد، شدت و کاهش درد) بیشتر از خود درد به تنهایی، مرتبط است. این مسئله بیانگر تأثیر فرآیندهای شناختی و روانی درد بر ارتباط بین درد و امید است (۴۳).

از عوامل مهم دیگری که در این پژوهش مشخص گردید، برخورداری از انگیزه مناسب بود، انگیزش، به عنوان نیرویی برای انجام یک فعالیت و یا عاملی جهت تشویق فرد برای شروع یک رفتار تعریف می شود (۴۴). انگیزه، نقشی مهم و کلیدی در تمایل سالمندان برای شرکت در فعالیت های فیزیکی دارد، به طوری که از یک طرف با احساس خود کفایتی و تمایل برای مشارکت در فعالیت های فیزیکی ارتباط مستقیمی دارد و از طرف دیگر با احساسات منفی مرتبط با فعالیت جسمانی همانند ترس از درد، بخصوص درد کمر یا زمین خوردن ارتباط معکوسی دارد (۴۵). Kratz و همکاران نیز معتقدند که انگیزش برای شرکت در راهبردهای سازگارانه با درد، دارای یک نقش پیش بین در زمینه چگونگی سازگاری فرد با درد است (۴۶). در واقع، میزان انگیزش فردی تعیین کننده میزان مشارکت سالمندان مبتلا به درد مزمن برای اجرا و تداوم اقدامات درمانی است (۴۷).

نتیجه‌گیری:

با توجه به اینکه دردهای مزمن در دوران سالمندی معمولاً به شکل مناسبی بررسی و تسکین پیدا نمی‌کنند و مشکلات متعددی را برای سالمندان و خانواده آن‌ها، تیم درمانی و همچنین جامعه پدید می‌آورند، از این رو، شناسایی و پرداختن به شیوه‌ها و عواملی همچون دوست داشتن زندگی که می‌توانند در مدیریت بهتر این نوع درد نقش تسهیل‌کننده داشته باشند، ضروری خواهد بود. از طرف دیگر چون پرستاران به عنوان اعضای گروه مراقبتی بیشترین اهمیت را در کاهش درد بیماران دارند و اولین حامی برای بیماران در کاهش درد هستند (۵۴)، آگاهی آن‌ها در زمینه عوامل تسهیل‌کننده درد مزمن در سالمندان مفید خواهد بود. به علاوه، با شروع کاهش درد، انگیزه و مشارکت سالمندان در امر مراقبت بیشتر می‌شود که این مسئله خود می‌تواند موانع پیروی از اصول درمانی را کاهش دهد، ایمنی مراقبت‌ها و اقدامات درمانی را بیشتر نماید و کاهش هزینه‌های اقتصادی را برای بیمار و جامعه در پی خواهد داشت و در نهایت، منجر به بهبود کیفیت زندگی آنان گردد.

کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین:

دوست داشتن زندگی یکی از عوامل انگیزشی برای مقابله با درد مزمن در سالمندان محسوب می‌گردد. به طوری که چون سالمندان زندگی خود را دوست دارند، برای کاهش درد مزمن خود تلاش می‌کنند. به همین دلیل دوست داشتن زندگی به عنوان یک عامل تسهیل‌کننده در فرآیند مدیریت درد مزمن در سالمندان در نظر گرفته می‌شود.

تعمیم‌پذیری نتایج این پژوهش محدود است، زیرا شرکت‌کنندگان فقط مربوط به یک ناحیه جغرافیایی بودند. هرچند، به منظور کنترل آن راهبردهای مناسب و مختلف نمونه‌گیری که شامل شیوه‌ی تلفیقی زمانی، مکانی و تنوع در انتخاب شرکت‌کنندگان و روش گردآوری داده‌ها بود، استفاده گردید، اما انجام

استفاده از باورهای مذهبی نیز از دیگر عواملی بود که در ایجاد شرایط روحی مناسب در سالمندان شرکت‌کننده در این پژوهش موثر بود و به عنوان راهکاری برای کنترل درد مطرح گردید. در بسیاری از بیماران، ابعاد معنوی درد مزمن نقش مهمی در کنترل درد دارد، بدین جهت، حمایت‌های معنوی در بسیاری از آنان موثر است (۴۸-۵۰). در همین رابطه، Moreira و Koenig بیان داشتند که سالمندان زیادی، به دلایل مختلفی همچون مشکلات عضلانی-استخوانی یا سرطان‌ها دچار درد مزمن می‌شوند و در اغلب آن‌ها معنویت و باورهای مذهبی، نقش مهمی در زندگی داشته است. در میان این باورها، نیایش بیشترین شیوه‌ی درمانی مکمل در میان آن‌ها بوده است. به طوری که، سازگاری با استفاده از باورهای دینی بیشترین و شایع‌ترین راهبرد استفاده شده برای مقابله با درد در میان آنان بوده است (۵۱).

در همین رابطه، Lima و همکاران نیز در پژوهش خود تأثیر باورها و مشارکت در فعالیت‌های مذهبی بر روی درد مزمن را در یک نمونه ۶۵ نفری از کارگران در کشور برزیل بررسی نمودند. نتایج این تحقیق نشان داد که وضعیت حیطه هیجانی درد (تعامل بین هیجان و درد) و حیطه احساسی در رابطه با کنترل درد در افرادی که در فعالیت‌های مذهبی به صورت فعالانه مشارکت داشتند، مناسب‌تر بوده است (۵۲). در رابطه با دلایل اثر بخشی باورهای مذهبی، مشخص گردیده که افزون بر مکانیسم‌های روانی، باورهای دینی می‌توانند از طریق مسیرهای روانی-عصبی-ایمنی-آندوکراین بر روی سلامتی فرد موثر باشند. بدین ترتیب که سطوح پایین تر اینترلوکین-۶ از یک طرف باعث عملکرد بهتر سیستم ایمنی در فرد می‌شود و از طرف دیگر، خود با افزایش میزان باورها دینی و مشارکت‌های مذهبی همبستگی مثبت دارد. در نتیجه، باعث کاهش ناخوشی‌ها و مرگ و میر می‌گردد (۵۳).

پژوهش های مشابه و بررسی کاربرد این یافته ها در بالین
بیماران سالمند در استان های دیگر پیشنهاد می شود.

تشکر و قدردانی:

از تمامی سالمندان و سایر شرکت کنندگان در
این پژوهش نهایت قدردانی و سپاس به عمل می آید.
این مقاله حاصل بخشی از رساله نویسنده مسئول مقاله

فوق (منوچهر شیرازی) تحت عنوان طراحی و آزمون
الگوی مدیریت درد مزمن در سالمندان: مطالعه ای با
روش ترکیبی اکتشافی متوالی به راهنمایی آقای دکتر
هومان منوچهری است که جهت اخذ دکترای
تخصصی پرستاری در شعبه بین الملل دانشکده
پرستاری و مامایی شهید بهشتی تهران در سال ۱۳۹۳، و
با کد ۴۲۶ انجام شده است.

منابع:

1. Institute of Medicine of the National Academies. Committee on Advancing Pain Research, Care, and Education. Relieving pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011.
2. Tse MM, Lo AP, Cheng TL, Chan EK, Chan AH, Chung HS. Humor therapy: relieving chronic pain and enhancing happiness for older adults. Journal of Aging Research. 2010; 2010: 1-9.
3. Cairncross L, Magee H, Askham J. A hidden problem: pain in older people. Picker Institute Europe. Available at: <http://www.pickereurope.org> (accessed on 30 December 2007).
4. Gran SV, Festvag LS, Landmark BT. 'Alone with my pain - it can't be explained, it has to be experienced'. A Norwegian in-depth interview study of pain in nursing home residents. International Journal of Older People Nursing. 2010; 5(1): 25-33.
5. Tse MM, Vong SK, Ho SS. The effectiveness of an integrated pain management program for older persons and staff in nursing homes. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2012; 4(2): e203-12.
6. Ashory A. The prevalence of pain among residents of nursing homes and the impact of pain on their mood and quality of life. Archives of Iranian Medicine. 2006; 9(4): 368-73.
7. Veal FC, Peterson GM. Pain in the frail or elderly patient: Does tapentadol have a role? Drugs and Aging. 2015; 32(6): 419-26.
8. Smith BH, Torrance N. Management of chronic pain in primary care. Current Opinion in Supportive and Palliative Care. 2011; 5(2): 137-42.
9. American Society for Pain Management Nursing [homepage on the Internet]. Pain assessment in the patient unable to self-report, 2011. [Retrieved Dec 25, 2011]. Available from: [http://www.aspmn.org/Organization/documents/UPDATED_Nonverbal evisionFinalWEB.pdf](http://www.aspmn.org/Organization/documents/UPDATED_Nonverbal%20Pain%20AssessmentFinalWEB.pdf).
10. Schofield P. Pain management of older people in care homes: a pilot study. British Journal of Nursing. 2006; 15(9): 509-14.
11. Kaye AD, Baluch A, Scott JT. Pain management in the elderly population: a review. The Ochsner Journal. 2010; 10(3): 179-87.
12. McDonald DD. What's hot: Pain management for older adults. [Homepage on the Internet]. A Newsletter of the Gerontological Society of America. 2011. Available from: <http://www.tylenolprofessional.com/.../gsa-newsletter-;1-15>.
13. Sofaer B, Moore A, Holloway I, Lamberty J, Thorp T, O'Dwyer J. Chronic pain as perceived by older people: a qualitative study. Age and Ageing. 2005; 34(5): 462-6.
14. International association for the study of pain (IASP) [homepage on the Internet]. Pain terminology. 2010. Available from: [http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain Defi...isplay.cfm and ContentID=1728#Pain](http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=PainDefinition&isplay.cfm&ContentID=1728#Pain).
15. Haller K, Rosenstein B. Pain, assessment and management [Internet]. The Johns Hopkins Hospital. Interdisciplinary Clinical Practice Manual. 2001. Available from: [www.aacn.org/WD/ Docs/pain_assessment_management_jhopkins](http://www.aacn.org/WD/Docs/pain_assessment_management_jhopkins).
16. Lansbury G. Chronic pain management: a qualitative study of elderly people's preferred coping strategies and barriers to management. Disability and Rehabilitation. 2000; 22(1-2): 2-14.

17. Ersek M, Turner JA, McCurry SM, Gibbons L, Kraybill BM. Efficacy of a self-management group intervention for elderly persons with chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*. 2003; 19(3): 156-67.
18. Weiner DK. Office management of chronic pain in the elderly. *The American journal of Medicine*. 2007; 120(4): 306-15.
19. McCarberg BH, Stanos S, Williams DA. Comprehensive chronic pain management: improving physical and psychological function (CME multimedia activity). *The American Journal of Medicine*. 2012; 125(6): S1.
20. Oslund S, Robinson RC, Clark TC, Garofalo JP, Behnk P, Walker B, et al. Long-term effectiveness of a comprehensive pain management program: strengthening the case for interdisciplinary care. *Proceedings*. 2009; 22(3): 211-4.
21. Pizzo P A, Clark NM, Carter-Pokras O, Christopher M, Farrar JT, Follett KA, et al. Relieving pain in America: A blueprint for transforming prevention, care, education, and research. Washington, DC: The National Academies Press. 2011:78-80.
22. Park J, Hirz CE, Manotas K, Hooyman N. Nonpharmacological pain management by ethnically diverse older adults with chronic pain: barriers and facilitators. *Journal of Gerontological Social Work*. 2013; 56(6): 487-508.
23. Bair MJ, Matthias MS, Nyland KA, Huffman MA, Stubbs DL, Kroenke K, et al. Barriers and facilitators to chronic pain self-management: a qualitative study of primary care patients with comorbid musculoskeletal pain and depression. *Pain Medicine*. 2009; 10(7): 1280-90.
24. Phipps WJ, Monahan FD, Sands JK, Marek JF, Neighbors M. *Medical surgical nursing: Health and illness perspectives*. 7th ed. St. Louis, MO: Elsevier/Mosby; 2003.
25. Black JM, Hawks JH. *Medical surgical nursing: clinical management for positive outcomes*. Philadelphia: Saunders Company. 2009.
26. Holloway I, Wheeler S. *Qualitative research in nursing*. 3rd ed. USA: Wiley-Blackwell. 2009.
27. Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing*. 4 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
28. Foroughan M, Jafari Z, Shirinbayan P, Ghaem Magham Farahni Z, Rahgozar M. Standardization of Mini-Mental State examination among Iranian elderly in Tehran. *Cognitive Sciences*. 2008; 10(2): 29-37.
29. Saneai A, Nikbakht-Nasrabadi A. *Qualitative research methodology in medical science*. Tehran: For Tomorrow Pub. 2004.
30. Corbin J, Strauss A. *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. New York: Sage Pub; 2014.
31. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2013.
32. Denzin NK, Lincoln YS. *The SAGE handbook of qualitative research*. New York: SAGE Pub; 2011.
33. Hassan MHA. Effect of intervention guidelines on self care practices of pregnant women with urinary tract infection. *Life Science Journal*. 2015; 12(1): 113-24.
34. Richards K. Self-care is a lifelong journey. *Nursing Economics Journal*. 2013; 31 (4): 198-202.
35. Sahebolzamani M, Shakuri A, Aliloo L, Rashidi A. The efficacy of self-care education on knowledge and performance of epileptic patients who referred to selected educational hospitals of Tehran University of Medical Sciences in 2008. *Urmia Medical Journal*. 2010; 20(4): 284-9.
36. Morowati SMA, Rouhani TN, Baghianimoghadam M. Predictors of self-care behaviors among diabetic patients referred to Yazd Diabetes Research Centre based on extended health belief model. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2007; 15 (3): 85-96.
37. Reid MC, Eccleston C, Pillemer K. Management of chronic pain in older adults. *BMJ*. 2015; 350: h532.
38. Delgado R, York A, Lee C, Crawford C, Buckenmaier C, Schoomaker E, et al. Assessing the quality, efficacy, and effectiveness of the current evidence base of active self-care complementary and integrative medicine therapies for the management of chronic pain: a rapid evidence assessment of the literature. *Pain Medicine*. 2014; 15(Suppl 1): S9-20.

39. Van Hecke O, Torrance N, Smith BH. Chronic pain epidemiology - where do lifestyle factors fit in? *British Journal of Pain*. 2013; 7(4): 209-17.
40. Sale JE, Gignac M, Hawker G. How "bad" does the pain have to be? A qualitative study examining adherence to pain medication in older adults with osteoarthritis. *Arthritis and Rheumatism*. 2006; 55(2): 272-8.
41. Gorczyca R, Filip R, Walczak E. Psychological aspects of pain. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2013; Spec no. 1: 23-7.
42. Balsanelli ACS, Grossi SAA, Herth K. Assessment of hope in patients with chronic illness and their family or caregivers. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2011; 24(3): 354-8.
43. Wright MA, Wren AA, Somers TJ, Goetz MC, Fras AM, Huh BK, et al. Pain acceptance, hope, and optimism: relationships to pain and adjustment in patients with chronic musculoskeletal pain. *The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society*. 2011; 12(11): 1155-62.
44. Saif A. Modern educational psychology. *Psychology of Learning and Teaching*. 6th ed. Tehran: Doran Pub; 2014.
45. Resnick B, Avers D. Motivation and patient education; implications for physical therapist practice. *Geriatric Physical Therapy*, 3rd ed. USA: Elsevier. 2012.
46. Kratz AL, Molton IR, Jensen MP, Ehde DM, Nielson WR. Further evaluation of the Motivational Model of Pain Self-Management: Coping with chronic pain in multiple sclerosis. *Ann Behav Med*. 2011; 41(3): 391-400.
47. Vong SK, Cheing GL, Chan F, So EM, Chan CC. Motivational enhancement therapy in addition to physical therapy improves motivational factors and treatment outcomes in people with low back pain: a randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2011; 92(2): 176-83.
48. Siddall PJ, Lovell M, MacLeod R. Spirituality: What is its role in pain medicine? *Pain Medicine*. 2015; 16(1): 51-60.
49. Lysne CJ, Wachholtz AB. Pain, spirituality, and meaning making: What can we learn from the Literature? *Religions*. 2010; 2(1): 1-16.
50. Dedeli O, Kaptan G. Spirituality and religion in pain and pain management. *Health Psychology Research*. 2013; 1(3):154-9.
51. Moreira-Almeida A, Koenig HG. Religiousness and spirituality in fibromyalgia and chronic pain patients. *Current Pain and Headache Reports*. 2008; 12(5): 327-32.
52. De Lima MA, Neves R, Sá S, Pimenta C. Attitude of workers with chronic pain in different occupational activities: An approach of the cognitive-behaviorist psychology. *Cien Saude Colet Journal*. 2005; 10(1): 163-73.
53. Lutgendorf SK, Russell D, Ullrich P, Harris TB, Wallace R. Religious participation, interleukin-6, and mortality in older adults. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2004; 23(5): 465-75.
54. Ware LJ, Bruckenthal P, Davis GC, O'Conner-Von SK. Factors that influence patient advocacy by pain management nurses: results of the American society for pain management nursing survey. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*. 2011; 12(1): 25-32.

Chronic pain management in the elderly: A qualitative study

Shirazi M^{1*}, Manoochehri H², Zagheri Tafreshi M², Zayeri F², Alipour V³

¹Islamic Azad University, Ahvaz Branch, Ahvaz, I.R. Iran; ²Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran; ³Student, Islamic Azad University, Ahvaz Branch, Ahvaz, I.R. Iran.

Received: 26/Mar/2015 Accepted: 14/Sep/2015

Background and aims: With respect to complex management of chronic pain in the elderly, identifying chronic pain management process is in great importance. Hence, the current study was aimed to identify the chronic pain management process and its facilitator factors in the elderly.

Methods: This qualitative study was conducted with grounded theory approach. Semi-structured interviews and participants' observations were the main methods for data collections. 30 elderly people with chronic pain, 3 relatives and 29 health care providers were selected by purposive and theoretical sampling. Data analysis was performed concurrently with data gathering based on Strauss and Corbin's proposed method. Data rigor was confirmed by Lincoln and Gubba's approach.

Results: One of the motivating factors for challenging with chronic pain in the elderly was "loving life", so that, most of elderly participants in this study believed that since they are loving life, thus, they try to relieve the pain. Loving life category as a facilitator for chronic pain management process in the elderly determined, which consists of "self-preservation" and "trying for life".

Conclusion: Due to effective chronic pain management, attention to the elderly, their relatives and health care provider's comments may be useful. In addition, after identifying effective factors on the chronic pain management process like "loving life" which has a facilitating role in chronic pain management, it can be used for designing a comprehensive caring plan in older people.

Keywords: Chronic pain, Pain management, Elderly, Qualitative Study.

Cite this article as: Shirazi M, Manoochehri H, Zagheri Tafreshi M, Zayeri F, Alipour V. Chronic pain management in the elderly: A qualitative study. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2015; 4(4): 13-28.

***Corresponding author:**

Nursing Dept., Islamic Azad University, Ahvaz Branch, Ahvaz, I.R. Iran, Tel: 00989163194282,
E-mail: manouchehr_shirazi@yahoo.com